

通常のHMOにおけるケアと同様にかかりつけ医 (primary care physician: PCP) を選択する。

- b. Preferred Provider plans
ネットワーク内の医師であればどの専門科の医師でも自由に選択できる。
- c. Private fee-for-service plans
メディケアが認めている保険医であればどの医師にでもかかることが可能であるが、支払いの限度額が設定されている。
- d. Specialty plans
現在、計画中である。

参考までに表1に、テキサス州ヒューストンのある地域 (Zip code 77005) に居住するメディケア受給資格者が選択可能なメディギャップ10種類とメディケア・プラス・チョイスプラン9種類の比較表を示した。

B. 目的

- 1) メディケアにおける医療の質向上と医療費低減の取り組みの概要をまとめる。
- 2) メディケアによる疾病管理プログラム (disease management program) に焦点を当て、その現状と方向性を調査する。
- 3) 本邦における適用可能性を考察する。

C. 方法

1. 調査方法

メディケアにおける疾病管理の取り組みは始まったばかりで、まだ、MEDLINE や書籍などの資料が少ないため、今回の調査は主に以下の資料を用いた。

- メディケアを提供している Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) の発行物やウェブサイト
- American Medical Association (AMA) の発行物、ウェブサイト
- American College of Physician (ACP) 発行物、ウェブサイト
- メディケアのプログラムの中で疾病管理を提供する予定の各民間保険会社のウェブサイト

2. 調査項目

以下の項目に関して重点をおいた調査を行った。

- 1) 各種プログラムの概要
- 2) 対象疾患
- 3) 参加形態
- 4) プログラムの提供者
- 5) プログラムの提供方法
- 6) プログラムのコスト
- 7) 評価

D. メディケアの取り組み：

P4P：Pay for Performance⁴

メディケアは「Pay for Performance (P4P) Initiatives (パフォーマンスに応じた支払い)」と名づけた新しい試みを開始した。P4Pでは、ケアプロバイダーとその他の関係者

(stakeholder) 達が協力して、正しい質の評価指標を用いながら、実際の医療の改善を目指すことを目的としている。

Center for Medicare & Medicaid Service (CMS) は、質の改善と不要なコストの削減を目指して、National Quality Forum (NQF)、Joint Commission of the Accreditation for Quality Assurance (JCAHO)、National Committee for Quality Assurance (NCQA)、Agency of Health Care Research and Quality (AHRQ)、American Medical Association (AMA) などと協力体制をとっている。

以下、P4Pの具体的な取り組みを

- (1) 医療機関
- (2) 医師・医師グループ
- (3) 疾病管理

の三つに分類して紹介する。疾病管理は別章としてまとめる。

1. 医療機関

1) Hospital Quality Initiative⁵

これは、Medicare Modernization Act (MMA) 501(b)によって制定されたもので、退院時において測定される10

個の質評価指標の結果に基づいてメディケアからの償還額が決定される。

ほぼ全ての医療機関(98.3%)がこのプログラムへの参加資格を持つ。

2) Premier Hospital Quality Incentive Demonstration⁶

このデモンストレーションプロジェクトでは、300以上の病院に対して財務的なインセンティブの可能性を調査する目的で、5つの病態(急性心筋梗塞、冠動脈バイパス手術、心不全、肺炎、股関節・膝置換術)に関して、34の質評価をおこなっている。

上位10%の医療機関は2%のボーナス、次の10%は1%のボーナスが獲得できる仕組みになっている。

これらの成果に伴って、CMSとHHS (US Department of Health and Human Services) では2005年4月1日より全米4,200の医療機関における3種類の疾患(心筋梗塞、心不全、肺炎)の医療の質を17項目のquality measurementで評価し、一般市民に各医療機関における情報を提供するウェブサイトを開設した。⁷

CMSは今後も質評価指標のデータを収集していく方針で、退院時の10個の質評価指標を提出しない医療機関に対しては入院医療費の償還を0.4ポイント低下させるという措置を講じている。

2. 医師・医師グループ

1) Medicare Physician Group Practice Demonstration⁸

このデモンストレーションプロジェクトは、メディケア、メディケイド、そして SCHIP (State Children's Health Insurance Program) によって施行された BIPA 2000 (Benefit Improvement & Protection Act of 2000) の一番初めの pay-for-performance プロジェクトである。

このデモンストレーションは 2005 年 4 月よりスタートする予定で、4 つの疾患 (2 型糖尿病、うつ血性心不全、冠動脈疾患、予防医療) の 4 つの項目に計 32 個の質評価指標を設定している。

2) Medicare Health Care Quality Demonstration ⁹

MMA Section 646 で制定された 5 年間のデモンストレーションである。個人の医師を対象とした評価項目として、CMS Physician Focus Quality Initiative ¹⁰ では、慢性疾患と予防の二つに大別し、それぞれ、以下のような質評価指標をあげている。

<慢性疾患>

- 安定型慢性冠動脈疾患 7 項目
- 2 型糖尿病 8 項目
- 高血圧 8 項目
- 変形性関節症 4 項目

<予防>

- 血圧測定 1 項目
- うつ病 1 項目
- ガンスクリーニング 2 項目
- 予防接種 2 項目
- 一般予防 4 項目

E. メディケアの疾病管理プログラム (disease management program)

1. Chronic Care Improvement Program (CCIP) ^{1, 11}

1) 各種プログラムの概要

このパイロットプログラムは、メディケアにおける疾病管理デモンストレーションプログラムの中心となるもので、MMA section 721 での制定に基づく。

CCIP は、Phase-1 と Phase-2 の二つに分かれている。Phase-1 は、3 年間でプログラムの効果をランダム化比較対照試験 (RCT: randomized control trial) にて行う。もし、Phase-1 で、アウトカムの改善、受給者の満足度の向上、コストの低減などの有望な結果が出た場合、さらに 2 年から 3 年半の Phase-2 に進む予定である。Phase-2 ではプログラムをより拡大した評価を行う。

2) 対象疾患

Phase-1 では、心不全、合併症のある糖尿病、慢性閉塞性肺疾患などの複数の慢性疾患を持ち、オリジナルのメディケアプランに参加している約 15 万から 30 万人の参加を見込んでいる。

3) 参加形態

CMS はオリジナルメディケアプログラムにおける医療機関からの償還請求データを元に、各地域の候補者を決定する。これらの候補者は、ランダムに介入群と対象群に割りつけられる。介入群に割り当てられた受給者は、メデ

イケアプログラムからこの疾病管理プログラムの臨床試験への参加を希望するかどうか聞かれる。参加を希望しない受給者はCCIPを提供する機関に連絡をとり参加を取り消すことができる。参加しない場合にも一切、ペナルティは存在しない。

参加者に自己負担は一切存在しない。また、参加者が参加している既存のメディケアプランへの影響も一切ない。

4) プログラムの提供者

CCIPは全米9箇所で開催される。表2に9箇所において疾病管理プログラムを提供する予定の疾病管理会社、あるいは民間保険会社を示した。

5) プログラムの提供方法

プログラムは、受給者の健康状態をマネジメントし、かかりつけ医のプランの遵守を促し、必要に応じてメディケアによってカバーされる適切なケアを紹介する。従って適切な臨床情報の共有のため、プログラムは受給者のかかりつけ医との密接なコラボレーションが必要である。

それぞれのプログラムは、エビデンスに基づいたケアの活用、不要な入院や救急室訪問の低減、そして望ましくない合併症の低下に向け、受給者の自助努力をサポートすることを目的とする。

プログラムの提供者は受給者が持つ全ての健康上の問題点を包括的にサポートし、必要に応じたヘルスサービスや処方、認知的障害や他の個別のニーズに対応する。

6) プログラムのコスト

参加する疾病管理会社、あるいは民間保険会社は、疾患分類に従ってメディケア受給者あたり一定の金額を受け取る（均等払い方式）。これらの金額はアウトカムや受給者の満足度によって調整される。

また、疾病管理会社、あるいは民間保険会社はCMSに対して、同じ特性を持つ患者群に対する既存のケアに比較して最低でも5%のコストの低減を保障しなくてはならない。

7) 評価

ランダム化比較対照試験（RCT: randomized control trial）による評価が予定されている。評価対象は、quality indicators、コスト、患者満足度で、これらの定義と測定方法を個々の疾病管理会社、あるいは民間保険会社とCMSの合意の下で決定される。

疾病管理会社、あるいは民間保険会社はCMSに対して患者のアウトカムと満足度に関する全てのデータを公開することが義務付けられている。

2. ESRD Disease Management Demonstration¹²

1) 各種プログラムの概要

3年間に渡る末期の腎不全患者へのケースミックスによって調整した償還方法適用のデモンストレーションプロジェクトである。このプロジェクトは2006年開始予定であり、まだ、詳細は不明である。

2) 対象疾患

末期腎不全

3) 参加形態

現在、各アプリケーションの評価中である。

4) プログラムの提供者

過去4年間に渡って、透析ケア、疾病管理、メディケアプラス、Integrated Health Systemのいずれかを提供してきた組織を対象として選定が行われる。

5) プログラムの提供方法

現在、アプリケーションの受付中である。

6) プログラムのコスト

均等支払い (capitation) と出来高払い (fee-for-service) のいずれかによる提供となる。末期腎不全以外の疾病への支払いは旧来通りの出来高払いで行う。また、それぞれの方法ともに現在のメディケアプラスの額の95%を支払い、残りの5%は高い質のケアを提供した機関へのインセンティブとして利用する。

7) 評価

CMSのプロジェクトである Clinical Performance Measures で決定された5つの quality indicator による評価を行う。

3. Disease Management

Demonstration for Severely Chronically Ill Medicare Beneficiaries

1) 各種プログラムの概要

BIPA 2000 の一つとして2004年2月より開始されたプロジェクトである。

2) 対象疾患

- III・IV型の心不全
- 下肢合併症を持つ糖尿病
- 最近のAMI

3) 参加形態

詳細は不明であるが、CCIPと同様であると思われる。

4) プログラムの提供者

現在、以下の3箇所でデモンストラーションが行われている。

- XLHealth テキサス
- CorSolutions ルイジアナ
- HealthPartners カリフォルニア & アリゾナ

5) プログラムの提供方法

例えば、テキサス州のXLHealthでは以下のようなプログラム提供方法がある。

- 包括的薬物治療のアレンジメント
- 日々のテレモニタリング
- 3ヶ月ごとの医師への quality indicator の報告
- 患者のコンプライアンスを高めるための理解しやすい患者向けフィードバック
- 医師が診察時間に対する償還

6) プログラムのコスト

CCIPと同様である。

7) 評価

全体としてのコストの削減と quality indicator の改善を証明する。

4. その他

以上の他に、メディケアとメディケイドの両方の受給資格者を対象とした Disease Management Demonstration for Chronically Ill Dual Eligible Beneficiaries や、給付額の高いメディケア患者を対象とした Care Management For High Cost Beneficiaries などのデモンストレーションプロジェクトが行われている。これらの詳細は CCIP とほぼ同様である。

F. 考察

本稿では、メディケアが予定している disease management program を中心として CMS の医療の質向上と医療費の削減を目的とした pay for performance (P4P) プロジェクトの概要を説明した。

過去の疾病管理プログラムは、スケールメリットを生かした遠隔プログラムが多く、あまり医療者との協力体制は強調されていなかった。¹³ しかし、今回のメディケアの disease management program は、医療従事者の参加を促すことが前提になっている。また地域ごとの特徴を考慮するという点では、Wagner が提唱した chronic care model のコンセプトも取り入れていると思われ¹⁴、疾病管理という視点だけではなく、ケース全体を捉えるという意味でも旧来の疾病管理と異なる。そういった意味ではまさに「マネジメント」であり、日本語の「管理」は、あまりなじまないような印象を受ける。

Quality indicator をアウトカムとして評価する点も周到に準備を行ってきたことが感じられる。しかし、quality indicator の結果を償還額と連動させる点に関しては、American Medical Association (AMA) から出された P4P の評価ガイドラインでもいくつかの懸念が出ている。その中には、医師のプログラムへの参加の自由、患者のバリエーションの考慮、正確なデータ収集と分析、及びそれらを医師がレビューする権利の留保、校正で公平なインセンティブの確保などがあげられており、これらの点を解決しないと、質を向上するための試みが崩壊し、逆に質を下げる可能性があることを示唆されている。

参加企業に 5% のコスト削減を保障させるという仕組みは全体最適化の視点からは興味深い制約条件であり、医療費削減に偏らないように患者満足度などの指標を使ってプログラムを評価する点も、バランスが考えられている。現時点では患者側にオプトアウトの権利がある点、不参加による不利益が存在しない点も重要と考える。

このプロジェクトは質とコストはトレードオフではなく、「質が高いケアは同時にコストを下げる」というコンセプトを実証するためのデモンストレーションであり、その結果がどうなるか非常に興味深い。途中経過を含め、プログラムの成果を追う必要があると考える。また、同時にこのようなコンセプトを本邦で実施する場合に関して、別途、以下で考察する。

G. 本邦への適用可能性

この試みは、disease management の提供機関が、過去の医療における質改善や費用効果的考え方を統合し、様々な工夫を凝らしたプログラムを提供することで、保険者、医療機関、患者などの全ての stakeholder に win-win のソリューションを提供することを目的としている。

日本でもこのようなプログラムを実現させるためには、医療機関と独立した第三者機関が必要になると考えるが、その運営形態は非営利が望ましいのではないだろうか。形態としては、もちろん営利企業でも可能とは思いますが、日本の医療に対する文化を考えると非営利の法人がこのようなサービスを提供したほうが馴染むと考える。

また、CMS のプログラムで対象とされていない非受診者（検診で異常を指摘されながら医療機関を受診していない群）を対象としたプログラムも本邦では重要になるのではないかな？

このようなプログラムを施行する上では、臨床医学や保険制度などの医療システムだけではなく、医療におけるコンプライアンス（倫理）や医療の質を理解し、統計や疫学の知識を持ち、一般の方々に適切な情報を提供するための知識（インフォマティクス）と複数の stakeholder をマネジメントするための技術を持った人々が必要不可欠と考える。

また、stakeholder（医療従事者、保険者、患者）が全体最適化におけるそれぞれの役割を理解する必要があり、

そのための啓発も重要となる。この考え方はあまり日本では強調されていない印象を受けるのでむしろ、このような組織文化や組織行動の変革が日本型プログラムの成否を決定するかも知れないと考える。従って、プログラム自体もさることながら、このようなプログラムを「実践」していける人材の育成が焦眉の急であろう。

H. 引用文献

1. The Chronic Care Improvement Program. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://63.240.208.147/medicarereform/ccip/>.)
2. 米国ソーシャル・セキュリティ. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at http://www.us.emb-japan.go.jp/j/html/genchi/us_ssn_medicare.htm.)
3. Medicare Choice Plan. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.medicare.gov/Choices/Overview.asp>.)
4. MEDICARE "PAY FOR PERFORMANCE (P4P)" INITIATIVES. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://63.240.208.147/media/press/release.asp?Counter=1343>.)
5. Hospital Quality Initiative. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.cms.hhs.gov/quality/hospital/default.asp?>)
6. Premier Hospital Quality Incentive Demonstration. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/phqi/default.asp>.)
7. Hospital Compare - A quality tool for adults, including people with Medicare. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>.)
8. Medicare Physician Group Practice Demonstration. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/PGP.asp>.)
9. Physician Focused Quality Initiative. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.cms.hhs.gov/quality/pfqj.asp>.)
10. CMS Physician Focus Quality Initiative. 2005. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.cms.hhs.gov/quality/doq/ClinicalMeasures.pdf>.)
11. Medicare's Chronic Care Improvement Pilot Program: What Is Its Potential? 2004. (Accessed Apr 1, 2005, 2005, at <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/MedicareChronicCareFS.pdf>.)
12. End Stage Renal Disease (ESRD) Disease Management Demonstration. 2005. (Accessed Apr 3, 2005, at http://63.240.208.148/researchers/demos/esrd_demo.asp.)
13. Casalino LP. Disease management and the organization of physician practice. *Jama* 2005;293(4):485-8.
14. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1(1):2-4.

表 1. Example of Medicare Advantage Plan (Zip code = 77005)

保険会社・プラン名	月間保険料 (追加額)	医師の選択	給付範囲			
			外来投薬	定期健診	眼鏡・補聴器	歯科
Original Medicare Plan						
	\$0	可				
Evercare Of Texas, Llc						
Evercare Choice	\$80	プラン内のみ		○	○	
Humana Insurance Company						
HumanaChoicePPO	\$85	プラン内のみ	○	○		○
SelectCare of Texas, LLC						
Texan Plus	\$0	プラン内のみ	○	○	○	
TexanComplete	\$59	プラン内のみ	○	○	○	
TexanValue	\$0	プラン内のみ	○	○	○	
Texas Healthspring I, LLC						
Advantage Plan	\$0	プラン内のみ	○	○	○	
Medicare Prime	\$99	プラン内のみ	○	○	○	
True Choice	\$0	プラン内のみ	○	○		
Total Care	\$0	プラン内のみ		○	○	
Medigap						
Plan A	\$51 - \$206	可	○			
Plan B	\$79 - \$197	可	○			
Plan C	\$91 - \$248	可	○			
Plan D	\$86 - \$178	可	○			
Plan E	\$91 - \$144	可	○		○	
Plan F	\$91 - \$229	可	○			
Plan F (High deductible)	\$41 - \$72	可	○			
Plan G	\$87 - \$200	可	○			
Plan I	\$171 - \$205	可	○	○		
Plan J	NA	可	○	○	○	
Plan J (High deductible)	NA	可	○	○	○	

表 2 Chronic Care Improvement Program (MMA section 721)の提供機関

-
1. Aetna Health Management (Chicago);
 2. American Healthways, Inc. (District of Columbia and Maryland);
 3. CIGNA HealthCare (Georgia);
 4. Health Dialog Services Corporation (Pennsylvania);
 5. Humana, Inc. (Central Florida);
 6. Lifemasters Supported SelfCare (Oklahoma);
 7. McKesson Health Solutions (Mississippi);
 8. Visiting Nurse Service of New York Home Care with United HealthCare Services, Inc.-Evercare (Queens and Brooklyn in New York City);
 9. XLHealth Corp. (Tennessee).
-

厚生労働科学研究費補助金

新しい検診モデルの構築と検診能力の向上に関する研究

分担研究報告書

「米国の Disease Management 調査委託研究」

日本型疾病管理のあり方に関する研究：
メディケイドにおける疾病管理

主任研究者	土屋了介
分担研究者	青木則明
	豊増佳子

平成 17（2005）年 4 月

平成16年度厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

日本型疾病管理のあり方に関する研究：メディケイドにおける疾患管理

テキサス大学 健康情報科学大学院 豊増佳子
特定非営利活動法人 ヘルスサービス R&D センター 青木則明

A. 背景と目的

メディケイドは、主に低所得者を対象とした公的保険である。メディケアの受給資格者の60%以上が慢性疾患または身体障害を有しており、これらの群に対する医療経費は平均月556ドルで、慢性疾患を持たない受給資格者の平均額(36ドル/月)と比較して約15倍になる。それにも関わらず、ケアに必要な糖尿病患者のうち25%しか必要な検査やモニタリングが行われていない。^{1, 2}

したがって、慢性疾患の適切な管理が質の向上と医療費低減の両方の意味で重要と考えられた結果、複数の州のメディケイドにおいて疾病管理プログラムの導入が進められている。本稿では、メディケイドによる疾病管理プログラム(disease management program)に焦点を当て、その現状と方向性を調査する。

B. 方法

1. 調査方法

今回の調査では主に以下の資料を用いた。

- 各州におけるメディケイドの総括及び管理を行っている The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) のウェブサイト内調査
- PubMed
- 各州のメディケイドプログラムの計画、運営、評価に関わっている大学、疾病管理の提供機関の出版物

2. 調査項目

以下の項目に関して重点をおいた調査を行った。

- 1) メディケイドにおける疾病管理の導入状況
- 2) 対象疾患
- 3) 対象者の参加形態
- 4) プログラムの提供内容
- 5) コスト
- 6) 評価

C. 結果

1. メディケイドにおける疾病管理の導入状況

メディケイドは、財政的には連邦政府の補助(州の財政状況に応じて概ね50-80%)を受けて州政府が運用している。受給資格者や保険適応の範囲は、The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)が設定し、その範囲内で各州がそれぞれ独自のメディケイドプログラムを運営している。したがって、メディケイドにおける疾病管理のプログラムは、州の人口密度、医療物価、医療需要などによって州間格差が存在するため、疾病管理プログラム導入状況も州によって様々である。

メディケイドにおける疾病管理プログラムは1990年代から開始されている。中でも、1997年に導入を開始したフロリダ州は熱心にプログラムの導入・評価に取り組んでおり、多くの報告を公表している。さらに、ワシントン州、ノースカロライナ州、ミシシッピ州で、バージニア州、ウエストバージニア州、メリーランド州、テキサス州、ユタ州も1990年代に開始している。^{3, 4}

2005年度にKaiser Family Foundationは、メディケイドの導入州の数は徐々に増えており、2002年には11、2003年には13、2004年には18、そして2005年には28の州で疾病管理プログラムが導入されたと報告している。⁵ (図1)

2. 対象疾患

表1に2004年2004年4月時点で、メディケイドの中で、疾病管理プログラムを導入していた各州における対象疾患をまとめた。³

対象となる疾患は州ごとで異なるが、表1に示すように喘息、糖尿病は最も多く、17州で導入されている。次いでうつ血性心疾患の11州、高血圧/冠動脈疾患は7州で導入されている。(図2、図3)

3. 対象者の参加形態

1) 対象者の選定・抽出

メディケイドの保険請求(claim)データから患者の特定が一般的な方法であるが、例えばフロリダ州では、保険請求書は受診後6ヵ月後にしか入手できないため、重症な患者を6ヶ月間見逃す事につながる可能性がある。⁶ したがって、州ごとに様々な工夫で患者を特定している。例えば、フロリダでは、医師と協力して医師が作成したリストから疾病患者の対象となる患者を特定している。ワシントン州では、電子カルテから対象者を抽出している。バージニア州では、救急外来を受診した人のフォローアップを行うことで対象患者の特定を行っている。

2) 患者の参加の自由度

多くの州では、自動的に登録はされても患者の意思でプログラムへの参加を取りやめる権利、いわゆるオプトアウトの自由が認められている。しかし、オプトアウトを認めている州でもオプ

トアウトを希望する受益者は5%に満たない。⁸

フロリダ州、テキサス州では、自由参加ではあるが、全てのメディケイド対象者を対象にしており、⁷フロリダおよびワシントン州では、オプトアウト、つまり、対象者自らが利用の制限をかけることができるが、参加拒否した場合のペナルティの有無までの情報は得られなかった。

4. プログラムの提供内容

1) プログラムの提供者

プログラムの内容は、州ごとに対象患者、対象疾患、予算、期間などの様々な条件の下、新たな疾病管理プログラムを構築するか、既存の疾病管理プログラムを購入するかを選ぶことになる。⁸ 多くの州は、成果を早く出すことを求められること、一からプログラムを構築するには時間も予算もかかることを理由にプログラムの実施を疾病管理会社などの第三者機関に委託することが多い。また、外部委託の際に、成果の上がらない場合にプログラムの費用を返還させるという保険をかけることも可能である。また、近年は、疾病管理会社によって特化している疾患が異なることから、疾患に応じて外部委託先を選定する傾向があるが、このことは逆に「専門分化」の弊害も生じるため、ワシントン州では、逆に統合化を目指している。

プログラムへの医療者の関わり方は州や対象疾患に関して様々である。透析中の患者では看護師が初期のアセスメントからケアまで行っている。糖尿病患者を対象としたプログラムでは栄

養士の関与もあった。ミシシッピ州では、薬剤師が中心になって推進しているが、薬剤師が患者に指導をすることへの医師からの協力が得られず、参加する薬剤師は少ないという課題もあるようである。⁹

医師の関与に関しては、州ごとにより異なるが一般的に、利益の見込み以上のことに対して外部からの指示や圧力がかかることを回避する傾向がある。空きベッドのある病院での入院患者への治療をしている医師の受け入れは悪く、逆に満床の病院の場合には、疾病管理プログラムが重要なリソースとなることもある。

メディケイドの受給者は、ハイリスクであることが多いにもかかわらず、他の保険加入者よりも利益率が少ないことから受け入れは悪い。また、フロリダ州では疾病管理を行うことに対して、何らかの追加の利益保証もしていない。さらに、メディケイドの対象者を治療する機会が少ない医師も多く、メディケイドにおける疾病管理について気づかない医師も多い状況がある。

よって、利益の見込みや成果についてフィードバックする必要があるが、現状においても多忙な医師に対しては、現状以上の負担をできるだけ軽減する工夫、たとえば記録類の電子化などが必要になってくる。⁶

2) プログラムの目標

各州で提供されている多くの疾病管理の目標は下記のようにまとめられる。

- 患者が必要とするケアの適切な提供
- エビデンスに基づいたガイドラインの活用
- 自己管理のサポート
- 患者の生活に合致したケアプラン
- 適切なフィードバック（他の患者との交流などを含む）
- 適切なアウトカムの測定とフィードバック

3) プログラムの提供方法

具体的には、下記のような手段を用いている。

- 電話によるコンタクトやコミュニケーション
- 集合教育や IT(Web) を使った教育
- 医師の介入
- 薬剤師の指導（医師のプロトコルに基づいた）
- 資料の配布・郵送
- 家庭訪問
- ダイエットや運動療法の指導

4) プログラムの提供における課題

メディケイド対象者は、十分な教育を受けていないケースや母国語が英語ではないため英語を理解できないなどといった問題がある。⁶

また、喘息のように単一疾患である場合は喘息患者のプライマリーケアの医師の特定はしやすいが、糖尿病患者の場合、複合した状態があるためプラ

イマリーケアの医師の特定が困難である。

5. コスト

1) プログラムのコスト

参加する疾病管理会社、あるいは民間保険会社は、Fee for Serviceつまり出来高払いあるいは、包括払いのいずれかの方式によって償還を受ける。出来高払いの例として、バージニア州では、集合教育・1時間・1患者につき 32.39 ドル、個人教育・1時間・1患者では 54.37 ドルの償還が行われる。^{3, 10} 包括払いとしては、ワシントン州で、喘息、糖尿病、心不全の患者には月 30 ドル、末期腎不全の患者には月 300 ドルを設定している。^{11, 12}

2) 患者の自己負担

疾病管理プログラムへの参加で患者の自己負担が増えることはない。

6. 評価

メディケイドにおける疾病管理によって、多くの州がコスト削減を果たしたと報告している。しかし削減額の提示のみで、ランダム化比較対照試験や費用効果分析など、信頼できる評価はなかった。その中でも、フロリダはデューク大学と協力して包括的な評価を 2005 年 3 月に公表している。

フロリダ州では、15 万人のメディケイドの登録者のうち、慢性疾患と関連のある保険請求の多い受給者 1 万 9 千人に対して、ケースマネジメントを実施している。その結果、疾病管理実施後の最初の 27 ヶ月での 4,190 万ドル